請　求　書

令和　　年　　月　　日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
会長　加　藤　　馨　　様

実施施設　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護助手導入促進事業（ 川崎市 ）に係る経費として、次のとおり請求します。なお、経費は、次の口座に振り込んでください。

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

内　訳

項　　目	金　　額	摘　　要
募集・職場研修経費	50,000　円	一律
業務推進担当者経費	150,000　円	一律
研修参加代替職員経費	名分　　円	参加者 1 人 5,000 円
合計	円	－

【振込先】

金融機関名　　支店名

口座種類

口座番号

口座名義人

また、次のとおり、法人のマイナンバーを提供します。※左詰めで記載してください。

マイナンバー													

※　当該確認書は、支払調書作成のために提供します。

（ 以下は，記載不要です。）

1　廃棄予定年度　　令和 5 年度

2　マイナンバー管理者　　事務局長　天　池　忠　人